ASSISTENZA DOMICILIARE	PROCEDURA AZIENDALE IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE	N 43

INDICE

1 AREA 2
2 OGGETTO 2
3 SCOPO 2
4 CAMPO DI APPLICAZIONE 2
5 RESPONSABILITÁ 2
6 PROTOCOLLO ASSISTENZIALE 2
6.1 Valutazione del rischio di Lesioni da Pressione 2
6.2 Valutazione della situazione clinica e assistenziale 2
6.3 Valutazione della lesione cutanea 3
6.3.1 Classificazione colore 3
6.3.2 Sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP/PPPIA per lesioni da pressione 4
6.3.3 Principi del TIME 4
6.3.4 Scala PUSH Tool 3.0 per lesioni da pressione 7
6.4 Complicanze 7
6.4.1 Batteriemia / Setticemia / Osteomielite / Cellulite / Ascesso 7
6.4.2 Reazioni allergiche 8
6.4.3 Formazione di biofilm 8
6.5 Trattamento locale della lesione cutanea 9
6.5.1 Procedura generale di medicazione: check list 11
6.5.2 Scelta dello schema di medicazione 11
6.5.3 La terapia compressiva per lesioni vascolari 13
6.6 Compilazione della scheda vulnologica 14
7 ALLEGATI 17
7.1 Scala di Norton 17
7.2 Sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP/PPPIA 19
7.3 Scala PUSH Tool 3.0 (Pressure Ulcer Scale for Healing) 21
7.4 Elenco ragionato delle medicazioni a magazzino 22
8 BIBLIOGRAFIA 25

1 AREA

Qualità

2 OGGETTO

Protocollo assistenziale infermieristico per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee.

3 SCOPO

Descrivere le attività da svolgere per la gestione domiciliare delle lesioni cutanee, nello specifico definire le caratteristiche della lesione e identificare la tipologia di trattamento da utilizzare, al fine di ridurre il rischio di infezione e ripristinare l'integrità cutanea.

4 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo di applica al Servizio di Cure Domiciliari di Fondazione Maddalena Grassi (FMG).

5 RESPONSABILITÁ

La responsabilità del trattamento assistenziale delle lesioni cutanee è del case manager infermieristico e del personale infermieristico che hanno in carico il paziente in Cure Domiciliari e Unità di Cure Palliative Domiciliari.

6 PROTOCOLLO ASSISTENZIALE

6.1 Valutazione del rischio di Lesioni da Pressione

Esistono diversi tipi di scale che consentono l'individuazione dei pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione (LdP). In particolare, nel servizio di Cure Domiciliari viene utilizzata principalmente la scala di Norton. Essa comprende cinque aree (condizioni generali, stato mentale, deambulazione, mobilità, incontinenza). La somma di questi punteggi evidenza l'eventuale rischio del paziente. Il cutoff score che denota un rischio di lesione è < 16. La scala viene compilata dal case manager infermieristico alla presa in carico del paziente e inserita nel FASAS. La Scala di Norton è inserita in Allegato 7.1.

6.2 Valutazione della situazione clinica e assistenziale

Alla presa in carico il case manager infermieristico valuta e annota nel FASAS la situazione clinica e assistenziale del paziente in termini di patologie presenti, situazione nutrizionale, condizione sociale e igienica, presenza di alloggio idoneo e caratteristiche del caregiver. In particolare, valuta la presenza di dolore secondo protocollo interno a FMG; se il dolore è correlato alla presenza della lesione cutanea, considera

eventuali strategie di controllo del dolore, comprese le terapie antidolorifiche da somministrare su prescrizione medica prima della medicazione.
Il case manager valuta inoltre l'eventuale malnutrizione del paziente, la fragilità del caregiver e la sua capacità di svolgere le attività di assistenza richieste, in base alle quali effettua l'educazione sanitaria necessaria. Tale educazione viene successivamente rinforzata anche dal personale infermieristico che si succede nella presa in carico del paziente.
N.B. L'attività di educazione sanitaria svolta deve essere riportata nel diario clinico domiciliare e rendicontata come prestazione ogni qual volta venga eseguita.

6.3 Valutazione della lesione cutanea

L'infermiere valuta la lesione cutanea ad ogni cambio medicazione secondo i seguenti parametri: tipologia, sede, classificazione colore, stadiazione secondo classificazione E.P.U.A.P (per lesioni da pressione), dimensioni, presenza di sottominature, caratteristiche secondo i principi del TIME, dolore.
Il case manager infermieristico riporta la prima valutazione sulla prima scheda vulnologica, che viene allegata al FASAS. Le successive valutazioni vengono riportate sul diario domiciliare dall'infermiere; quest'ultimo mensilmente compila anche una nuova scheda vulnologica di aggiornamento, che viene anch'essa allegata al FASAS. La scheda vulnologica viene compilata tramite App al domicilio del paziente. Le indicazioni sulla modalità di compilazione sono riportate nel paragrafo 6.6.
Di seguito vengono approfondite le voci in merito a: Classificazione Colore, classificazione NPUAP/EPUAP/PPPIA, principi del TIME, Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH).

6.3.1 Classificazione colore

Il primo passo della valutazione si basa sull'osservazione e ispezione semplice della lesione. A tale scopo, lo strumento utilizzato è la classificazione per colore delle lesioni di Cuzzell, successivamente riadattata assegnando ad ogni colore uno specifico obiettivo terapeutico.
Il colore verde rappresenta la condizione meno desiderabile, seguita dal colore nero e giallo. Il colore rosso e rosa rappresentano invece le condizioni maggiormente desiderabili. Con il termine lesione "mista" si fa riferimento ad una ferita in cui sono presenti due o più tipi di colori e altrettanti tipi di tessuti. In questo caso, scegliere il trattamento sulla base del colore meno desiderabile tra quelli presenti.
Tabella 1 riporta la descrizione dei colori e i relativi obiettivi terapeutici.

Lesione "verde" 	La lesione "verde" indica la presenza di colonizzazione critica/infezione. Obiettivo: ridurre la carica batterica; trattare l'infezione.
Lesione "nera" 	La lesione "nera" è ricoperta di tessuto di color nero, marrone o marroncino. Il colore indica la presenza di tessuto non vitale a vari livelli di disidratazione. Questo tessuto viene anche indicato con il termine "escara". Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali.
Lesione "gialla"	La lesione "gialla" è ricoperta di tessuto il cui colore può andare dal biancastro al giallo o verdognolo. Il color biancastro/giallo/verdognolo indica la presenza di slough. Le diverse colorazioni corrispondono anche a diversi 'contenuti' di carica batterica. Un colore giallo più pallido e chiaro può indicare la presenza di fibrina. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali; ridurre la carica batterica; controllare l'essudato.
Lesione "rossa" 	La lesione "rossa" è ricoperta di tessuto di color rosa intenso/rosso. Il colore indica la presenza di tessuto di granulazione. Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.
Lesione "rosa"	La lesione "rosa" è ricoperta di tessuto di color rosa chiaro traslucido. Il colore indica la presenza di nuovo epitelio. Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.

Tabella 1. Classificazione Colore – Fonte: Regione Emilia-Romagna. Strumenti di classificazione e monitoraggio delle lesioni cutanee. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016.

6.3.2 Sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP/PPPIA per lesioni da pressione

Per classificare una lesione cutanea da pressione viene utilizzata generalmente una scala anatomica, che si basa sulla morfologia e la profondità della lesione. La scala è stata definita da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), con lo scopo di uniformare i comportamenti e il linguaggio. L'infermiere utilizza e riporta questa classificazione sia sul diario domiciliare che sulla scheda vulnologica al momento della valutazione della LdP. Essa indica le seguenti categorie:

Categoria/Stadio I: eritema non sbiancabile.
Categoria/Stadio II: perdita cutanea a spessore parziale.
Categoria/Stadio III: perdita cutanea a spessore totale.
Categoria/Stadio IV: perdita di tessuto a spessore totale.
Non stadiabili - profondità sconosciuta.
Sospetto danno profondo del tessuto – profondità sconosciuta.

La definizione delle specifiche categorie è riportata in Allegato 7.2.

6.3.3 Principi del TIME

La preparazione del letto della ferita o Wound Bed Preparation (WBP), ha un ruolo determinante nel trattamento delle lesioni cutanee per permettere la guarigione di una lesione. A questo scopo è necessario andare a considerare sostanzialmente quattro aree cliniche e correggere le anomalie fisiopatologiche eventualmente presenti in esse. I componenti fondamentali da considerare sono stati definiti dall'International Wound Bed Preparation Advisory Board tramite un processo dinamico descritto con l'acronimo TIME, ovvero Tissue, Infection or Inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin.
L'utilizzo del TIME consente all'operatore di:

- osservare il letto della lesione.
- individuare gli elementi da correggere attraverso la valutazione di segni clinici.

- definire gli interventi più appropriati che portino a rimuovere le barriere che ostacolano la guarigione.
- scegliere e valutare l'efficacia di eventuali misure terapeutiche.

Tabella 2 riporta, per ognuna delle quattro aree, l'oggetto specifico dell'osservazione e gli elementi da correggere.

	T - tessuto necrotico e/o devitalizzato	I – infezione o infiammazione	M - macerazione o secchezza/ squilibrio di fluidi	E - epidermide
Cosa ci suggerisce di osservare?	Presenza di abbondante tessuto necrotico o devitalizzato, slough, depositi di fibrina, escara dura	Cambiamento di colore del letto della ferita, calore della cute, aumento di dolore, edema, eritema (> 2cm), essudato sieroso o purulento, cattivo odore, tessuto di granulazione rosso vivo e sfaldabile, fistole, segni sistemici come febbre	La lesione presenta: eccesso di essudato oppure eccessiva secchezza	Attenzione focalizzata sui margini. In assenza di necrosi, infezione ed essudato, i margini sono: • ipertrofici? • sottominati? • è presente tessuto di granulazione alterato? • persiste dolore?
Quali sono gli elementi da correggere?	Presenza di tessuto necrotico o devitalizzato: • ostacola la valutazione di forma, dimensione e profondità della lesione • incrementa le infezioni, ostacola il processo di riepitelizzazione • impedisce la guarigione	L'infezione favorisce la cronicizzazione ostacolando la guarigione. La presenza costante di un'area infetta richiama una risposta infiammatoria imponente che, combinata a una attività ridotta dei fattori di crescita, contribuisce a danneggiare l'area della lesione	L'eccesso di essudato: • provoca la macerazione dei margini • crea un ambiente ostile alla proliferazione dei fattori di crescita. L'eccessiva secchezza del letto della ferita: • frena la migrazione delle cellule epiteliali	Mancata chiusura della lesione data da inefficace risposta cellulare (in particolare i fattori di crescita) e arresto della proliferazione delle cellule cutanee (cheratinociti)

Tabella 2. Oggetto specifico dell'osservazione ed elementi da correggere secondo TIME. Fonte: Principi del TIME per la preparazione del letto della ferita - https://www.nurse24.it/dossier/wound-care/wound-bed-preparation-principi-time.html

6.3.4 Scala PUSH Tool 3.0 per lesioni da pressione

La PUSH Tool 3.0 permette di osservare e misurare la LdP, classificandola relativamente ad area di estensione, essudato, tipo di tessuto presente. Si annota il punteggio parziale per ciascuna delle caratteristiche dell'ulcera e si sommano i punteggi parziali per ottenere il punteggio totale, che può essere compreso tra 0 (guarigione) e 17 (condizione peggiore). La comparazione dei punteggi totali rilevati nel corso del tempo fornisce un'indicazione del miglioramento o del peggioramento nella guarigione della LdP. Il significato degli item della scala e la modalità di compilazione sono riportati in Allegato 7.3.
All'interno della scheda vulnologica mensile, solo se la lesione oggetto di valutazione è una LdP, il punteggio della scala PUSH Tool viene calcolato in automatico.

6.4 Complicanze

Quando è presente una lesione cutanea si possono presentare alcune complicanze che l'infermiere deve riconoscere e saper trattare. Di seguito vengono presentate le principali.

6.4.1 Batteriemia / Setticemia / Osteomielite / Cellulite / Ascesso

Sintomi più frequenti: brividi, ipertermia, lesione maleodorante, produzione di essudato purulento, segni di flogosi, aumento della frequenza cardiaca, respiro affannoso, sudorazione elevata, confusione mentale, dolore.

Cause: immunodeficienza, malnutrizione, patologie concomitanti, contaminazione della lesione da materiali biologici, microrganismi trasportati dalle mani dell'operatore, scorretto utilizzo dei prodotti per la medicazione, scarsa igiene dell'utente e del letto, medicazione non ben fissata alla cute e non impermeabile.

L'operatore deve essere in grado di: individuare prontamente l'infezione dai sintomi locali (tessuto grigio giallo o verdastro, forte odore, tessuto intorno alla ferita rosso e caldo, area intorno alla ferita dolorante, gonfiore e edema) e darne subito notizia al medico. Riportare i dati sul diario domiciliare.
Decidere quale antisettico utilizzare e la corretta modalità di applicazione.
NB. Non tutti gli antisettici vanno risciacquati in determinate condizioni.

Tabella 3 presenta uno schema riassuntivo delle caratteristiche di una lesione in presenza di diversi agenti infettivi.

AGENTE BATTERICO	**CARATTERISTICHE**
Stafilococchi	Segni cellulitici ai bordi della lesione, ascessi profondi, interessamento sistemico (malessere, freddo, brividi), pus giallo.
Streptococchi	Intenso eritema ai margini della lesione, pus giallo.
Anaerobi	Odore cattivo, necrosi e gangrena, presenza di pseudomembrane, crepitio alla palpazione.
Proteus e pseudomonas	Colore verdastro delle secrezioni.
Candida	Formazione di vescicole rotondeggianti su un forte eritema diffuso, pus grigiastro.

Tabella 3. Caratteristiche di una lesione in presenza di diversi agenti infettivi.

In merito agli antisettici da utilizzare, si riportano solo alcune osservazioni e indicazioni relative agli antisettici generalmente presenti in magazzino di FMG.

- Sodio Ipoclorito 0,05% (Amuchina): caratterizzato da un ampio spettro d'azione diretto sia nei confronti dei batteri Gram positivi e negativi sia nei confronti di alcuni funghi e lieviti. Va valutata la necessità di risciacquo dopo l'utilizzo.
- Iodopovidone al 10% (Betadine) soluzione cutanea: è un antisettico a largo spettro di azione, per uso esterno. Non è efficace e non va utilizzato in presenza di essudato verdastro correlato a pseudomonas.
- Perossido di idrogeno (Acqua ossigenata): composto chimico liquido con funzione di disinfettante, ossidante e agente sbiancante. È un disinfettante di moderata potenza, efficace contro batteri, spore batteriche, virus e lieviti. È efficace soprattutto con batteri anaerobi con il rilascio di ossigeno attivo; facilita l'eliminazione di tessuto inerte e facilmente sfaldabile.
- Prodotto con tensioattivo - Formulazione a base di Poliesanide e Propilbetaina (Prontosan): la Propilbetaina è un tensioattivo efficace e ben tollerato che disgrega il biofilm e scioglie gli eventuali aggregati batterici; la Poliesanide (PHMB) è una sostanza antimicrobica efficace e ben tollerata che inibisce la crescita dei microrganismi. Questo antisettico concorre a ridurre la formazione del biofilm batterico disaggregando la matrice mucopolisaccaridica sintetizzata dalle colonie batteriche presenti sul letto della lesione. È quindi l'antisettico di elezione per le lesioni biofilmate, dopo una corretta valutazione.

6.4.2 Reazioni allergiche

Sintomi più frequenti: bruciore, prurito, irritazione cutanea, eritema, chiazze rosse che possono trasformarsi in vescicole o formare croste, flittene e peggioramento delle condizioni della lesione.

Cause: intolleranza o sensibilizzazione ai prodotti topici utilizzati per il trattamento.

L'operatore deve essere in grado di: diluire sempre alla giusta concentrazione gli antisettici se vengono utilizzati (non usare prodotti contenenti iodio nei soggetti con patologia tiroidea) e risciacquarli subito con soluzione fisiologica. Rimuovere subito la medicazione e avvisare il medico che ha in cura il paziente. Riportare i dati sul diario domiciliare.

6.4.3 Formazione di biofilm

La formazione di biofilm è la causa principale dell'evoluzione di una lesione cutanea in "lesione di difficile guarigione".[1] Le definizioni classiche, in genere, descrivono il biofilm come batteri adesi alle superfici, incapsulati in una matrice extracellulare autoprodotta e tolleranti agli agenti antimicrobici e antibiotici.
Il biofilm è presente nell'80% delle lesioni infette, nel 78,2% delle lesioni di difficile guarigione e nel 6% di quelle acute. Può formarsi in appena dieci ore dalla formazione della lesione e, una volta rimosso, può riformarsi in 24-48 ore. Il biofilm protegge i batteri dalle minacce esterne, limita la penetrazione di agenti antimicrobici, stimola l'infiammazione e la produzione di slough ed essudato e ritarda la guarigione agendo come barriera fisica al processo di riepitelizzazione e bloccando il letto della ferita in uno stato infiammatorio cronico.
Esistono "indizi clinici" della presenza di biofilm mediante osservazioni a occhio nudo. Questi segni includono:
- strato viscido, traslucido e brillante sulla superficie della ferita non guarita.
- presenza di tessuto necrotico o fibrina e materiale gelatinoso che si rigenera rapidamente dopo la rimozione, rispetto al tessuto necrotico o ad altri tessuti devitalizzati o fibrina che spesso impiegano più tempo per rigenerarsi.

È importante presupporre che tutte le ferite di difficile guarigione che non hanno risposto alle cure standard presentino biofilm e, pertanto, che i trattamenti siano orientati in questo senso.

[1] Le lesioni di difficile guarigione sono lesioni che non hanno risposto a standard di cura basati sulle evidenze, non raggiungendo lo stato di riparazione tissutale entro 8/10 settimane dalla loro insorgenza.

La gestione della lesione con biofilm deve essere basata innanzitutto sui principi della Wound Hygiene, che consiste nel rimuovere o ridurre al minimo tutti i materiali indesiderati (compresi biofilm, tessuti devitalizzati e corpi estranei), eliminare l'eventuale biofilm residuo e prevenirne la riformazione. L'efficacia del Wound Hygiene risiede nella ripetizione ad ogni valutazione e cambio di medicazione.
Il biofilm è più attivo ai bordi/margini della lesione, impedendo così la crescita di nuovi tessuti sani. È importante quindi stimolare i bordi/margini della lesione con tamponi o garze morbide, anche fino a produrre un sanguinamento localizzato, laddove la tolleranza e il consenso del paziente lo consentono.
Il prodotto di elezione per la detersione delle lesioni biofilmate è il tensioattivo. Tra le medicazioni in dotazione al magazzino di FMG ed efficaci nel trattamento del biofilm si segnalano la polvere con cadexomero e l'idrofibra con Ag.

Si segnala infine che una lesione di difficile guarigione può entrare in stallo o regredire in qualsiasi momento, in quanto il biofilm è in agguato durante l'intero percorso di guarigione: è pertanto necessario valutare e monitorare costantemente ogni tipo di tessuto sotto ogni aspetto.

6.5 Trattamento locale della lesione cutanea

Una volta eseguita la valutazione della lesione cutanea, si procede al trattamento, che ne prevede la detersione ed eventuale disinfezione e la scelta della medicazione da applicare. Come la valutazione della lesione, anche il trattamento deve essere documentato riportandolo sul diario domiciliare e, mensilmente, su scheda vulnologica.
I principi del TIME devono essere utilizzati come una checklist per verificare e assicurarsi che tutti gli interventi siano stati eseguiti nel modo migliore e in appropriatezza.

Tabella 4 riporta, per ognuna delle quattro aree del TIME, le modalità di intervento e i risultati attesi.

N.B. La WBP può non portare i risultati sperati se l'approccio che si utilizza non è globale e olistico: trattare solo la lesione cutanea non basta ad assicurarne la guarigione, è necessario considerare tutti gli aspetti clinici e assistenziali del paziente.

	T - tessuto necrotico e/o devitalizzato	I – infezione o infiammazione	M - macerazione o secchezza/ squilibrio di fluidi	E - epidermide: margini non sottominati
Come intervenire?	Debridment o sbrigliamento, occasionale o ripetuto. Il Debridement può essere: • chirurgico • enzimatico • autolitico • meccanico	Preparazione del letto della ferita mediante: **detersione** •per la rimozione di detriti cellulari o microrganismi. **debridement** •per migliorare le difese locali e ridurre l'infezione in atto. **antisepsi** • mediante adeguati antisettici (vedi paragrafo 6.4.1) L'utilizzo di **antibiotici sistemici** è raccomandato solo in caso di infezioni gravi o potenzialmente letali. **esame colturale**	**Medicazioni avanzate** assorbenti per gestire l'eccesso di essudato o idratanti per la secchezza eccessiva. Utilizzo del **bendaggio compressivo** graduato che riduce l'edema e l'essudato (per le ulcere di tipo venoso degli arti inferiori - vedi paragrafo 6.5.3). **Terapia con presidio a pressione negativa** (VAC) indicato per ulcere di notevole dimensione.	Se tutti i punti del TIME sono stati rivalutati e corretti e la ferita presenta un letto ben preparato ma comunque non riesce a guarire, allora è necessario rivalutare la lesione, rivalutare il paziente (presenza di cause concomitanti come malnutrizione, vasculopatia, alcolismo, malattie autoimmuni) e considerare un trattamento alternativo.
Quali sono i risultati attesi?	Fondo della lesione vitale	Controllo dell'infiammazione e dell'infezione	Bilancio dei fluidi	Proliferazione dei margini epiteliali

Tabella 4. Modalità di intervento, obiettivi correlati e risultati attesi secondo TIME. Fonte: Principi del TIME per la preparazione del letto della ferita - https://www.nurse24.it/dossier/wound-care/wound-bed-preparation-principi-time.html

6.5.1 Procedura generale di medicazione: check list

Per procedere alla medicazione di una lesione cutanea, effettuare le seguenti azioni:

- ✓ Eseguire il lavaggio delle mani.
- ✓ Predisporre il materiale su un piano pulito.
- ✓ Avvicinare un contenitore per i rifiuti.
- ✓ Indossare guanti monouso.
- ✓ Posizionare sotto la zona da medicare un telino assorbente.
- ✓ Scoprire solo la parte interessata.
- ✓ Rimuovere con cura la vecchia medicazione, se necessario anche inumidendola con soluzione fisiologica e osservandone lo stato.
- ✓ Gettare i guanti e la medicazione nei rifiuti ed indossare i guanti puliti.
- ✓ Osservare attentamente la lesione e la cute circostante, secondo il metodo TIME (vedere paragrafo 6.3.3).
- ✓ Passare alla detersione con soluzione fisiologica tiepida, irrigando direttamente sulla lesione con l'ausilio di una siringa senza l'ago. Se necessario ripetere più volte l'operazione.
- ✓ Utilizzare una minima forza meccanica.
- ✓ Eseguire la detersione anche sul tessuto perilesionale.
- ✓ Dal centro verso la periferia tamponare se necessario, ma molto leggermente, con una garza sterile, anche i tessuti perilesionali.
- ✓ In caso di compilazione della scheda vulnologica, acquisire fotografia della lesione (vedere paragrafo 6.6).
- ✓ Procedere alla disinfezione con antisettico, se necessario in base a quanto valutato.
- ✓ Procedere al risciacquo con fisiologica, dove indicato.
- ✓ Scegliere il trattamento locale (vedere paragrafo 6.5.2) e procedere alla medicazione.
- ✓ Applicare la terapia compressiva con bendaggio, dove ritenuto necessario, specialmente per lesioni di eziologia vascolare (vedere paragrafo 6.5.3).
- ✓ Rimuovere i guanti e smaltire il materiale nei rifiuti.
- ✓ Compilare il diario domiciliare.
- ✓ Compilare la scheda vulnologica quando richiesto, secondo protocollo.

6.5.2 Scelta dello schema di medicazione

Nel caso in cui il paziente venga seguito da un ambulatorio specialistico, seguire lo schema ambulatoriale impostato. L'infermiere e il case manager che hanno in carico il paziente rimangono in contatto con l'ambulatorio, comunicando eventuali variazioni della lesione ed eventuali obiettivi non raggiunti con lo schema impostato. In caso di necessità di variazione dello schema, lo stesso viene discusso con il personale specialistico ambulatoriale.
Nel caso in cui lo schema di medicazione venga impostato dal personale FMG, la scelta deve basarsi sui principi della classificazione colore e del TIME già presentati (vedere paragrafi 6.3.1 e 6.3.3).
Tabella 5 mostra le indicazioni per la scelta del trattamento.
In Allegato 7.4 si riporta un elenco ragionato delle medicazioni presenti in magazzino FMG.

Colore/TIME		Verde - I	Nero - T	Giallo - T	Rosso	Rosa - E
Obiettivo del trattamento		Gestire l'infezione	Sbrigliamento del tessuto necrotico	Sbrigliamento del tessuto fibrinoso	Promuovere la granulazione	Promuovere la riepitelizzazione
SCELTA DEL TRATTAMENTO						
Antisepsi (vedi paragrafo 6.4.1)		Sodio Ipoclorito 0,05% Iodopovidone al 10% Perossido di idrogeno Prodotto con tensioattivo				
Detersione		Soluzione Fisiologica Acqua potabile negli AAII*	Soluzione Fisiologica Acqua potabile negli AAII	Soluzione Fisiologica Acqua potabile negli AAII	Soluzione Fisiologica Acqua potabile negli AAII	Soluzione Fisiologica Acqua potabile negli AAII
Prodotto di medicazione						
Essudato -M	**Nessuno o Lieve** 💧	Garza non AD antisettica Zaffo a captazione batterica (per tragitti fistolosi) Garza a captazione batterica Garza con iodopovidone (no se pseudomonas) Iodopovidone gel	Idrogeli Collagenasi Idrocolloide Garza a captazione batterica con idrogel Garza con iodopovidone (no se pseudomonas)	Idrogeli Collagenasi Idrocolloide Garza a captazione batterica con idrogel	Garza non AD medicata Garza non AD Idrocolloide	Garza grassa Film di poliuretano Schiuma di poliuretano
	Moderato 💧💧	Alginato con Ag Idrofibra con Ag Cadexomero iodico polvere Compressa assorbente a captazione batterica Zaffo a captazione batterica (per tragitti fistolosi) Garza in TNT additivata con carbone attivo e ioni argento Schiuma di poliuretano Ag	Alginato con Ag Idrofibra con Ag	Alginato Collagenasi Idrofibra	Alginato Idrofibra Schiuma di poliuretano Medicazioni assorbenti	
	Abbondante 💧💧💧	Alginato con Ag Idrofibra con Ag Idrofibra+alginato con Ag Garza idodoformica (cambio quotidiano) Schiuma di poliuretano Ag	Garza iodoformica (cambio quotidiano su lesione in via di sbrigliamento e infetta) Alginato con Ag Idrofibra con Ag Idrofibra+alginato con Ag	Alginato con Ag Idrofibra con Ag Idrofibra+alginato con Ag Medicazioni antisettiche assorbenti	Alginato Idrofibra Schiuma di poliuretano	

*Tabella 5. Scelta del trattamento in base alla classificazione colore e ai principi del TIME. * AAII= Arti Inferiori*

6.5.3 La terapia compressiva per lesioni vascolari

Nel caso di lesioni vascolari, è fondamentale che al momento della presa in carico sia stato accertato, dal punto di visto diagnostico, se la lesione è venosa, arteriosa o mista, poiché, riconoscendo cause diverse alla base del danno tessutale, esse necessitano di diversi interventi terapeutici. Quindi, prima di intraprendere il trattamento, è importante sottoporre la persona con lesioni dell'arto inferiore a una valutazione globale della persona, dell'arto e della lesione per identificare l'eziologia della lesione stessa.
Nella valutazione dell'eziologia un dato importante è il calcolo dell'Indice Pressorio Caviglia Braccio (ABI)[2], con lo scopo prima di tutto di escludere o confermare il sospetto di malattia arteriosa.

Tabella 6 riporta un semplice schema dei valori ABI e alcune indicazioni:

Normale: ABI ≥1	**Malattia Arteriosa: ABI ≤ 0,90**		
Perfusione Normale	Perfusione borderline: ABI ≤ 0,60-0,80	Ischemia severa: ABI ≤ 0,50	Ischemia critica: ABI ≤ 0,40
• Nei pazienti in cui sia presente una calcinosi parietale (es. diabetici, nefropatici, ecc.) i valori dell'ABI possono essere falsamente elevati (> 1,30) e/o non essere proporzionali all'ischemia effettivamente in atto. In questi casi è consigliabile un ulteriore approfondimento diagnostico (es. Ecodoppler). • Riesaminare periodicamente (ogni 3-6 mesi) l'ABI dei pazienti con lesioni degli arti inferiori che faticano ad arrivare a guarigione.			

Tabella 6. Indicazioni di interpretazione dell'indice ABI. Fonte: Regione Emilia-Romagna. Protocollo di trattamento delle lesioni vascolari dell'arto inferiore. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici.

NB.

- Ricordare di non fare affidamento su un singolo reperto (clinico/strumentale) per identificare l'eziologia della lesione vascolare dell'arto inferiore. Quindi anche l'ABI deve essere comunque interpretato prendendo in considerazione i risultati complessivi dell'esame clinico.
- È preferibile che i pazienti con lesioni vascolari siano seguiti in sinergia con un ambulatorio specialistico di lesioni vascolari, specie nei casi più complessi.
- Si raccomanda inoltre la gestione del dolore, specialmente nei pazienti che presentano lesioni a eziologia arteriosa.

Il trattamento delle lesioni venose e di alcune lesioni ad eziologia mista è costituito, oltre che dalla medicazione, dalla terapia compressiva. Nella attività domiciliare tale terapia viene applicata per lo più utilizzati bendaggi contenitivi, medicati ed elastici. Di seguito si riportano alcune indicazioni per la sua applicazione.

Lesioni con eziologia venosa

Interventi da fare:

- Applicare SEMPRE il bendaggio partendo dalla radice delle dita del piede fino al polpaccio (due dita sotto il cavo popliteo) e includendo il tallone.
- Per il trattamento delle lesioni venose preferire un'alta compressione (30-40 mmHg alla caviglia).
- In un paziente scarsamente deambulante o che rimane seduto gran parte della giornata, se la compressione è tollerata, preferire bendaggi elastici.

[2] L'Indice caviglia/Braccio (ABI) detto anche indice di Winsor, misura la vascolarizzazione globale di un arto. In base al valore, si può dedurre una possibile occlusione o stenosi, ma non è possibile individuarne il punto esatto. Lo stesso indice, però, può anche indicare l'eventuale non comprimibilità di un vaso a causa di differenti fattori (Arterie calcificate o poco elastiche). Modalità di calcolo: **Pressione sistolica rilevata alla caviglia / Pressione sistolica brachiale**.

- Verificare sempre se il paziente tollera il bendaggio ad alta compressione; se non tollerata, provare eventualmente a ridurre la pressione alla caviglia.
- Nei casi in cui il confezionamento del bendaggio non sia possibile, in alternativa alla mancanza di compressione, prendere in considerazione l'utilizzo di un sistema a 2 componenti costituito da calze elastiche terapeutiche.
- In un paziente con una lesione guarita, si raccomanda di continuare per il resto della vita una terapia compressiva per ridurre il rischio di recidiva.

Interventi da NON fare:

- NON applicare in modo non adeguato le bende (es. "a manicotto" sopra la caviglia).
- NON fare affidamento sulle calze o tubolari antitrombo (15-17 mmHg) che non sono progettati per la compressione terapeutica e non devono essere utilizzati come tali.
- NON fare affidamento sulle bende di supporto e/o di fissaggio (es. benda in cotone, benda in cotone germanico, salvapelle, bende autoaderenti per fissaggio medicazioni ecc.) che non sono progettati per la compressione terapeutica e non devono essere utilizzati come tali.

Lesioni a eziologia mista

Interventi da fare:

- Applicare SEMPRE il bendaggio partendo dalla radice delle dita del piede fino al polpaccio (due dita sotto il cavo popliteo) e includendo il tallone.
- Per i pazienti con lesioni di eziologia mista, ulcerazione, edema e 0.50 < ABI < 0,80, utilizzare un ridotto livello di compressione (23-30 mmHg alla caviglia), valutando comunque caso per caso.
- Prendere in considerazione la compressione per gestire l'edema nel paziente sottoposto a rivascolarizzazione, a seconda del tipo di intervento.
- Monitorare attentamente il paziente per complicanze. In particolare, valutare per eventuali complicanze i pazienti con neuropatia se sottoposti a compressione, dato che non possono percepire il dolore o il disagio indotto da bendaggi troppo stretti.

Interventi da NON fare:

- Evitare la compressione se l'ABI è inferiore a 0,50 o superiore a 1,30.

6.6 Compilazione della scheda vulnologica

La scheda vulnologica deve essere compilata alla presa in carico e poi mensilmente fino a guarigione o dimissione. La compilazione avviene utilizzando la App e il Gestionale Care Manager.

VOCE		MODALITA' DI COMPILAZIONE
	EFFETTUATO IL	Inserire la data di compilazione
	ICD9	compilata in automatico dal gestionale. Spazio di testo libero per eventuali aggiunte
	TIPOLOGIA DI LESIONE	scegliere una voce da elenco a tendina
	SEDE DELLA LESIONE	scegliere una voce da elenco a tendina
	INDICAZIONE DI GUARIGIONE	scegliere una delle due voci. Se si sceglie "lesione guarita" non è necessario compilare le altre voci
	CLASSIFICAZIONE COLORE	scegliere una delle voci (vedi protocollo 6.3.1)
	CLASSIFICAZIONE LESIONI DA PRESSIONE NPUAP/EPUAP/PPPIA	scegliere una delle voci (vedi protocollo 6.3.2)

VOCE			MODALITA' DI COMPILAZIONE
			NB la compilazione viene attivata dal gestionale solo se è stata indicata la voce "da pressione" in TIPOLOGIA DI LESIONE
PRINCIPI del TIME	**T**	**Tipo di tessuto**	scegliere una delle voci
	I	**Tipologia essudato**	scegliere una delle voci
		Cattivo odore	scegliere una delle voci
	M	**Quantità di essudato**	scegliere una delle voci
	E	**Cute perilesionale**	scegliere anche più di una voce
		Bordo	scegliere una delle voci
		Sottominatura:	la compilazione viene attivata dal gestionale solo se è stata indicata la voce "sottominato" in BORDO
		Da ore	inserire un numero intero tra 0 e 12
		A ore	inserire un numero intero tra 0 e 12
		Profondità (cm)	inserire un numero intero o decimale
DIMENSIONI della LESIONE		**Larghezza** (cm)	inserire un numero intero o decimale
		Lunghezza (cm)	inserire un numero intero o decimale
		Area (cm^2)	calcolata in automatico dal gestionale
		PUNTEGGIO SCALA PUSH per lesioni da pressione	calcolata in automatico dal gestionale
DOLORE		**Intensità (/10)**	inserire un numero intero tra 0 e 10
		Scala utilizzata	scegliere una delle voci
PROTOCOLLO di MEDICAZIONE		**Ente che ha definito il protocollo**	scegliere una delle voci
		Detersione	scegliere una delle voci
		Disinfezione	scegliere una delle voci
		Medicazioni tradizionali utilizzate	scegliere anche più di una voce da elenco a tendina
		Medicazioni avanzate utilizzate	scegliere anche più di una voce da elenco a tendina
		Bendaggio	scegliere anche più di una voce
		Frequenza cambio medicazione (/7)	inserire un numero intero tra 1 e 7
		Numero di altre lesioni presenti sullo stesso paziente	Compilare, se necessario, scegliendo una voce dagli elenchi a tendina
		PRESIDI ANTIDECUBITO	scegliere una voce per ogni presidio
		FOTO DELLA LESIONE	applicare centimetro in dotazione, con iniziali del paziente e data. Allegare foto
		NOTE	spazio per inserimento di testo libero (inserire eventuali osservazioni, compresa sospetta presenza di BIOFILM)

Tabella 7 riporta la struttura con le indicazioni di compilazione.

VOCE			MODALITA' DI COMPILAZIONE
		EFFETTUATO IL	Inserire la data di compilazione
		ICD9	compilata in automatico dal gestionale. Spazio di testo libero per eventuali aggiunte
		TIPOLOGIA DI LESIONE	scegliere una voce da elenco a tendina
		SEDE DELLA LESIONE	scegliere una voce da elenco a tendina
		INDICAZIONE DI GUARIGIONE	scegliere una delle due voci. Se si sceglie "lesione guarita" non è necessario compilare le altre voci
		CLASSIFICAZIONE COLORE	scegliere una delle voci (vedi protocollo 6.3.1)
		CLASSIFICAZIONE LESIONI DA PRESSIONE NPUAP/EPUAP/PPPIA	scegliere una delle voci (vedi protocollo 6.3.2) **NB** la compilazione viene attivata dal gestionale solo se è stata indicata la voce "da pressione" in TIPOLOGIA DI LESIONE
PRINCIPI del TIME	**T**	**Tipo di tessuto**	scegliere una delle voci
	I	**Tipologia essudato**	scegliere una delle voci
		Cattivo odore	scegliere una delle voci
	M	**Quantità di essudato**	scegliere una delle voci
	E	**Cute perilesionale**	scegliere anche più di una voce
		Bordo	scegliere una delle voci
		Sottominatura:	la compilazione viene attivata dal gestionale solo se è stata indicata la voce "sottominato" in BORDO
		Da ore	inserire un numero intero tra 0 e 12
		A ore	inserire un numero intero tra 0 e 12
		Profondità (cm)	inserire un numero intero o decimale
DIMENSIONI della LESIONE		**Larghezza** (cm)	inserire un numero intero o decimale
		Lunghezza (cm)	inserire un numero intero o decimale
		Area (cm^2)	calcolata in automatico dal gestionale
		PUNTEGGIO SCALA PUSH per lesioni da pressione	calcolata in automatico dal gestionale
DOLORE		**Intensità (/10)**	inserire un numero intero tra 0 e 10
		Scala utilizzata	scegliere una delle voci
PROTOCOLLO di MEDICAZIONE		**Ente che ha definito il protocollo**	scegliere una delle voci
		Detersione	scegliere una delle voci
		Disinfezione	scegliere una delle voci
		Medicazioni tradizionali utilizzate	scegliere anche più di una voce da elenco a tendina
		Medicazioni avanzate utilizzate	scegliere anche più di una voce da elenco a tendina
		Bendaggio	scegliere anche più di una voce
		Frequenza cambio medicazione (/7)	inserire un numero intero tra 1 e 7
		Numero di altre lesioni presenti sullo stesso paziente	Compilare, se necessario, scegliendo una voce dagli elenchi a tendina
		PRESIDI ANTIDECUBITO	scegliere una voce per ogni presidio
		FOTO DELLA LESIONE	applicare centimetro in dotazione, con iniziali del paziente e data. Allegare foto
		NOTE	spazio per inserimento di testo libero (inserire eventuali osservazioni, compresa sospetta presenza di BIOFILM)

Tabella 7. Indicazioni per la compilazione delle voci della Scheda Vulnologica

7 ALLEGATI

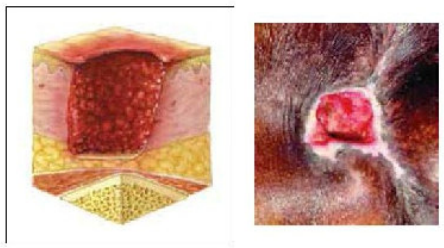
7.1 Scala di Norton

Scala di Norton per valutare il rischio di ulcere da pressione*

Criterio	Punteggio
Condizioni generali	4 = Buone 3 = Discrete 2 = Scadenti 1 = Pessime
Stato mentale	4 = Vigile 3 = Disorientato 2 = Confuso 1 = Stuporoso
Attività	4 = Deambulante 3 = Deambulante con ausilio 2 = Costretto su sedia a rotelle 1 = Allettato
Mobilità	4 = Completa 3 = Leggermente compromessa 2 = Molto limitata 1 = Immobile
Incontinenza	4 = Assente 3 = Saltuaria 2 = Abitualmente/Urina 1 = Doppia
*Calcolato come somma dei punteggi di tutte e 5 le aree. Un punteggio < 14 indica un alto rischio di sviluppare ulcere da pressione.	
Adattato da Norton, D: Calculating the risk: Reflections on the Norton scale. *Decubitus* 2(3):24–31, 1989.	

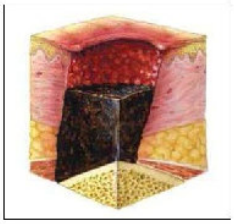
Fonte: https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/multimedia/table/scala-di-norton-per-valutare-il-rischio-di-ulcere-da-pressione#

7.2 Sistema di classificazione internazionale NPUAP/EPUAP/PPPIA

• **CATEGORIA/STADIO I - ERITEMA NON SBIANCABILE**
Cute intatta con rossore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. La Categoria/Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio). 
• **CATEGORIA/STADIO II - PERDITA CUTANEA A SPESSORE PARZIALE**
Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero. Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi* Questa Categoria/Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni. **L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.* 
• **CATEGORIA/STADIO III - PERDITA CUTANEA A SPESSORE TOTALE**
Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (slough) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni. La profondità della Categoria/Stadio III delle ulcere da pressione varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Categoria/Stadio III. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili. 
• **CATEGORIA/STADIO IV: PERDITA DI TESSUTO A SPESSORE TOTALE**
Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti. La profondità delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV varia dalla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere di Categoria/Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili. 

- **NON STADIABILI - PROFONDITÀ SCONOSCIUTA**

Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato (slough) (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o escara (marrone chiaro, marrone o nero) nel letto della ferita. Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimossi per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità e pertanto la Categoria/Stadio non può essere determinata. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuanza) sui talloni serve come "copertura naturale (biologica) del corpo" e non deve essere rimossa.

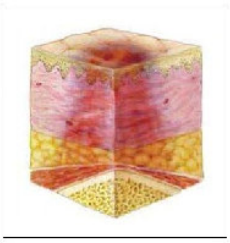




- **SOSPETTO DANNO PROFONDO DEL TESSUTO - PROFONDITÀ SCONOSCIUTA**

Area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio. L'area può essere preceduta dalla presenza di tessuto doloroso, solido, pastoso, melmoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente.

Le lesioni del tessuto profondo possono essere difficili da rilevare negli individui con tonalità di pelle scura. L'evoluzione di questo stadio può includere una sottile vescica su un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente coprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione può essere rapida esponendo strati aggiuntivi di tessuto anche in presenza di un trattamento ottimale.





7.3 Scala PUSH Tool 3.0 (Pressure Ulcer Scale for Healing)

Lunghezza X Larghezza (in cm²)	0 0 cm2	1 < 0.3 cm2	2 0.3-0.6 cm2	3 0.7-1.0 cm2	4 1.1-2.0 cm2	5 2.1-3.0 cm2	Punteggio parziale
		6 3.1- 4.0 cm2	7 4.1-8.0 cm2	8 8.1-12.0 cm2	9 12.1-24.0 cm2	10 >24.0 cm2	
Quantità essudato	0 Nessuno	1 Lieve	2 Moderato	3 Abbondante			Punteggio parziale
Tipo di tessuto	0 Chiuso	1 Epiteliale	2 Granulazione	3 Slough	4 Necrotico		Punteggio parziale
							Punteggio totale

Istruzioni: Classificare l'ulcera relativamente ad area di estensione, essudato, e tipo di tessuto presente. Annotare il punteggio parziale per ciascuna delle caratteristiche dell'ulcera. Sommare i punteggi parziali per ottenere il totale. La comparazione dei punteggi totali rilevati nel corso del tempo fornirà un'indicazione del miglioramento o del peggioramento nella guarigione dell'ulcera da pressione.

Lunghezza x larghezza: Misurare la massima lunghezza (direzione dalla testa ai piedi) e la massima larghezza (direzione da fianco a fianco) mediante un righello. Moltiplicare i due valori (lunghezza x larghezza) per ottenere una stima dell'area di estensione in centimetri quadrati (cm²).
AVVERTIMENTO: non approssimare! Utilizzare sempre lo stesso righello e lo stesso metodo ogni volta che la lesione viene misurata.

Quantità di essudato: Stimare la quantità di essudato (drenaggio) presente dopo aver rimosso la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico sulla lesione. Valutare l'essudato come: assente, scarso, moderato, e abbondante.

Tipo di tessuto: Si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della lesione (ulcera).
Assegnare un punteggio pari a "4" se è presente un qualsiasi tipo di tessuto necrotico. Assegnare un punteggio pari a "3" se è presente una qualsiasi quantità di slough e se è assente tessuto necrotico.
Assegnare un punteggio pari a "2" se la lesione è detersa e contiene tessuto di granulazione. Ad una lesione superficiale che sta riepitelizzando, deve essere assegnato un punteggio pari a "1".
Quando la lesione è chiusa, deve essere assegnato un punteggio pari a "0".

4. Tessuto Necrotico (Escara): tessuto di colore nero, marrone o marrone chiaro che aderisce saldamente al letto o ai margini dell'ulcera e potrebbe essere di consistenza più dura o più molle della cute perilesionale.
3. Slough: tessuto di colore giallo o biancastro che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso.
2. Tessuto di Granulazione: tessuto di colore rosso intenso o rosa, dall'aspetto lucido, umido e a 'bottoncini'.
1. Tessuto Epiteliale: nelle lesioni superficiali, è il neo-tessuto di color rosa o smaltato che si sviluppa dai margini della lesione o sottoforma di isole all'interno della superficie della lesione.
0. Chiusa: una lesione che è completamente coperta di neo-epitelio (nuova pelle).

7.4 Elenco ragionato delle medicazioni a magazzino

Tipologia	Descrizione Articolo	Descrizione/Principio attivo/Note	Note
ANTISETTICI	ACQUA OSSIGENATA	Perossido di idrogeno	
	AMUCHINA	Sodio ipoclorito 0,05%	
	BETADINE	Iodopovidone 10%	
	BETADINE GARZE	Iodopovidone 10%	
	BETADINE POMATA	Iodopovidone 10%	
	PRONTOSAN	Prodotto con tensioattivo	Da utilizzare su prescrizione
GARZE ANTISETTICHE	GARZA JODOFORMIO	Garza in cotone impregnata con iodoformio	Richiede cambio quotidiano
	CUTIMED SORBACT Zaffi	Garza di cotone a captazione batterica	
GARZE NON AD e CREME ANTISETTICHE	BETADINE POMATA	Pomata con iodopovidone 10%	
	INADINE	Trama di rayon-viscosa imbevuta di iodopovidone 10%	
	CUTIMED SORBACT Garze	Garza a captazione batterica rivestita con un derivato degli acidi grassi (DACC)	
	BACTIGRAS	Garza in cotone impregnata con vaselina bianca e clorexidina acetato allo 0.5%	
	URGOTUL AG	Garza in matrice TLC con Ag	
	ATRAUMAN AG	Garza in poliammide con argento elementare e impregnata con unguento a base di trigliceridi	
MEDICAZIONI ASSORBENTI	URGOCLEAN PAD	Medicazione in TNT formata da fibre poli-assorbenti in poliacrilato e da una matrice in TLC	
MEDICAZIONI ANTISETTICHE ASSORBENTI	ACTISORB SILVER	Medicazione in carbone attivo puro impregnato di Ag	
	CUTIMED SORBACT Compresse Assorbenti	Garza a captazione batterica con schiuma poliuretano	
	IODOSORB POWDER	Polvere per uso esterno con cadexomero iodico – attivo su biofilm	Con richiesta specifica del case manager/infermiere

Tipologia	Descrizione Articolo	Descrizione/Principio attivo/Note	Note
	URGOCLEAN AG	Medicazione in TNT formata da fibre poli-assorbenti in poliacrilato e da una matrice TLC con Ag	
MEDICAZIONI ADIUVANTI LA RIGENERAZIONE DEI TESSUTI (creme e garze medicate)	CONNETTIVINA GARZE	Garza impregnata di acido ialuronico sale sodico	
	CONNETTIVINA CREMA	Crema con acido ialuronico sale sodico	
	CONNETTIVINA CREMA PLUS	Crema di acido ialuronico sale sodico e Sulfadiazina argentica	
	CONNETTIVINA PLUS GARZE	Garza impregnata di acido ialuronico sale sodico e Sulfadiazina argentica	
	FITOSTIMOLINE GARZE	Garza con estratto acquoso di Triticum vulgare	
	FITOSTIMOLINE CREMA	Crema con estratto acquoso di Triticum vulgare	
	GARZE NON AD	Garza in cotone a maglia larga ricoperta di paraffina	
	ADAPTIC Medic	Garza in rayon-viscosa impregnata con un'emulsione al petrolatum	
	URGOTUL	Garza in matrice TLC	
	URGOSTART CONTACT	Medicazione non aderente in poliestere conformabile con matrice TLC-NOSF	
COLLAGENASI	IRUXOL	Collagenasi + Cloramfenicolo	
	NORUXOL	Collagenasi	
	BIONECT START UNGUENTO	Acido ialuronico sale sodico e collagenasi	
IDROGELI	INTRASITE GEL	Idrogel	
	CUTIMED SORBACT GEL	Garza a captazione batterica con idrogel	
IDROCOLLOIDI	DUODERM CGF	Idrocolloide e schiuma di poliuretano	
	DUODERM EXTRA SOTTILE	Idrocolloide	
BENDE MEDICATE	ICHTHOPASTE	Benda di cotone a trama aperta impregnata con pasta all'ossido di zinco e ittiolo	Da utilizzare su prescrizione
	VISCOPASTE oppure benda ossido di zinco generica	Benda di cotone a trama aperta impregnata con pasta all'ossido di zinco	
CREME PROTETTIVE e UNGUENTI	OSSIDO DI ZINCO		
	VASELINA		
	URGOSORB SILVER	Alginato con Ag	

Tipologia	Descrizione Articolo	Descrizione/Principio attivo/Note	Note
ALGINATI - PURO e ANTISETTICO	SILVERCEL	Alginato e idrofibra con Ag	Da utilizzare con AUTORIZZAZIONE
	ALGINATO Farmactive	Alginato	
IDROFIBRE - PURO e ANTISETTICO	AQUACEL AG EXTRA	Idrofibra con Ag	
	AQUACEL EXTRA	Idrofibra	
SCHIUME POLIURETANO - PURO e ANTISETTICO	ALLEVYN AG non AD	Medicazione non adesiva in schiuma poliuretano idrocellulare con Ag	
	ALLEVYN AG adhesive	Medicazione adesiva in schiuma poliuretano idrocellulare con Ag	
	ALLEVYN adhesive	Medicazione adesiva in schiuma poliuretano idrocellulare con Ag	
	ALLEVYN non adhesive	Medicazione non adesiva in schiuma poliuretano idrocellulare con Ag	
	BIATAIN	Schiuma di poliuretano	
	BIATAIN AG	Schiuma di poliuretano con Ag	
	AQUACEL FOAM	Schiuma di poliuretano e idrofibra	

8 BIBLIOGRAFIA

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Paneland Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of PressureUlcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.

Finzi G. et al, Linee guida per il corretto utilizzo degli antisettici – disinfettanti, ed. EDICOM, Milano 2009.

https://www.nurse24.it/dossier/wound-care/wound-bed-preparation-principi-time.html

Linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale – Antonio Cartabellotta – Angela Reghelli . giugno 2014.

Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, Weir D, Wolcott R. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. J Wound Care 2020; 29(Suppl 3b):S1–28.

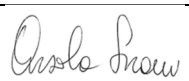
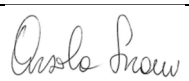
Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T. International consensus document. Embedding Wound Hygiene into a proactive wound healing strategy. J Wound Care 2022;31:S1–S24.

Regione Emilia-Romagna. Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016.

Regione Emilia-Romagna. Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 4: Strumenti di classificazione e monitoraggio delle lesioni cutanee. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016.

Regione Emilia-Romagna. Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 5: Protocollo di trattamento delle lesioni vascolari dell'arto inferiore. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, Novembre 2016.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. Management of Biofilm. Wounds International 2016.

N° Revisione	1	2 (*)		
Data redazione	26/01/2024	20/02/20205		
Redattore	Valeria Borsani	Valeria Borsani		
Validato da	Orsola Sironi	Orsola		
Firma				

(*) Nuova scheda vulnologica, Tab 7